

子ども医療費給付申請書

令和 年 月 日

かほく市長 様

住 所 かほく市

申請者氏名 (保護者) 電話番号 印

|              |                                                                                                                                                                                                                  |  |      |                |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|----------------|
| 子ども          | フリガナ<br>氏名                                                                                                                                                                                                       |  | 生年月日 | 平成<br>令和 年 月 日 |
| 保険区分<br>□内にレ | <input type="checkbox"/> 国民健康保険（かほく市） <input type="checkbox"/> 社会保険（協会けんぽ） <input type="checkbox"/> 共済組合<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険（組 合） <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |      |                |

裏面に領収書をのりで添付、又は下の領収書欄に医療機関の証明を受けて下さい。（1ヶ月分記入可）

- ※ 一箇月の自己負担額が一定額を超えた場合、ご加入の健康保険から高額療養費が支給されます。また、共済組合や健康保険組合等では、付加給付（家族療養費等）が支給されることがあります。健康保険から医療費の支給を受けた時は、必ず支払通知書を領収書に添付してください。医療費の給付が重複した場合は、乳幼児等医療費の給付金を返還していただくことがあります。
- なお、高額療養費、付加給付については、ご加入の健康保険にお問い合わせください。
- ※ 保険診療外（予防接種、文書料等）及び診療月から2年を経過したものは支給対象外です。
- ※ 領収書に氏名・保険診療点数が明記されていないもの（レシート等）は、下欄に医療機関にて証明をもらってください。

| 子ども医療費領収書   |          |          |     |        |           |
|-------------|----------|----------|-----|--------|-----------|
| 患者氏名        |          |          |     |        |           |
| 診療月         | 保険種別     | 入院・通院    | 日 数 | 保険診療点数 | 一部負担金の支払額 |
| 年 月         | 国保<br>社保 | 入院<br>通院 | 日   | 点      | 円         |
| 上記金額領収しました。 |          |          |     |        |           |
| 令和 年 月 日    |          |          |     |        |           |
| 医療機関        |          |          |     |        |           |
| 住所（所在地）     |          |          |     |        |           |
| 氏名（名 称） 印   |          |          |     |        |           |
| 電話番号        |          |          |     |        |           |